

柳川市乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録台帳

平成 年 月 日

ふりがな 児 童 名			男 女	(歳 月) 平成 年 月 日生
ふりがな 保 護 者 名	印	電 話 番 号 携 帯 番 号		
保護者住所				
保育の状況				
緊 急 連 絡 先	1 氏名	電 話 番 号		
	住 所			
	2 氏名	電 話 番 号		
	住 所			
アレルギーの体質の有無 無 ・ 有 (詳細に)				
注意してほしい問題点				
既往症 (これまでににかかった病気すべてに○を付けて下さい。)				
1 突発性発疹	2 麻疹 はしか	3 水ぼうそう		
4 風疹 三日ばしか	5 咽頭結膜炎プール熱	6 流行性耳下腺炎		
7 ヘルパンギーナ夏かぜ	8 百日咳	9 手足口病		
10 感染性紅はりんご病	11 熱性けいれん	12 川崎病		
13 異型肺炎	14 結核	15 喘息		
16 溶連菌感染症	17 アトピー性皮膚炎	18 食物アレルギー		
19 その他				
予防接種の状況(これまでに受けたものすべてに○を付けて下さい。)				
1 ツベルクリンBCG	2 ポリオ1	3 ポリオ2		
4 麻疹 はしか	5 風疹 三日はしか	6 インフルエンザ		
7 1回 三種混合 2回 百日咳 3回 ジフテリア 破傷風	8 1回 日本脳炎 2回 日本脳炎	9 その他		